



## فرم ارزیابی و غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی

شماره پرونده	تاریخ مراجعه	ساعت مراجعه		
نام و نام خانوادگی	جنس	سن	کدملی	سرپرست خانوار است
مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>			بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتری و بالاتر ...
وضعیت تأهل	مدت زمان سپری شدن	وضعیت داشتن فرزند	وضعیت اشتغال	
مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/> ازدواج مجدد <input type="checkbox"/> سایر ...	متارکه طلاق / یافوت همسر	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تعداد ...	شاغل <input type="checkbox"/> محصل / طلبه / دانشجو <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> مستمری بگیر <input type="checkbox"/> سرباز <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/> بیکار دارای درآمد <input type="checkbox"/> بیکار جویای <input type="checkbox"/> تحت پوشش سازمان حمایتی <input type="checkbox"/> نام سازمان حمایتگر ...	
وضعیت بیمه درمانی	وضعیت محل سکونت	نوع سکونت		
ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع بیمه: ...	شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> بی سر پناه <input type="checkbox"/> سایر توضیحات لازم: ...	با خانواده <input type="checkbox"/> با دوستان و همکاران <input type="checkbox"/> خوابگاه <input type="checkbox"/> سربازخانه <input type="checkbox"/> به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر توضیحات لازم: ...		
نشانی محل سکونت: ...	شماره تماس؛ ثابت: ... همراه: ...			

## بررسی عوامل خطر سلامت اجتماعی:

۱. چه کسی در خانواده بیماری دارد:	خود فرد <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> برادر / خواهر <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲. آیا فرد بیمار سرپرست خانوار است:	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳. نوع بیماری فرد	معلولیت جسمی <input type="checkbox"/> ناتوانی ذهنی <input type="checkbox"/> بیماری مزمن روانپزشکی <input type="checkbox"/> بیماری مزمن جسمانی <input type="checkbox"/> مصرف مواد <input type="checkbox"/>
۴. فرد بیمار خدمات پزشکی / توانبخشی مورد نیاز را دریافت می کند.	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵. آیا در خانواده کسی به مصرف مواد مخدر مبتلا می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه کسی؟ خود فرد <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> برادر / خواهر <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶. آیا فرد مبتلا به مصرف مواد سرپرست خانوار است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷. به دنبال مصرف مواد چه پیامدهایی برای فرد ایجاد شده است؟	بیکاری <input type="checkbox"/> پر خاشگری <input type="checkbox"/> بزهکاری اجتماعی <input type="checkbox"/> مشکلات قانونی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸. آیا فرد مبتلا به مصرف مواد خدمات پزشکی / توانبخشی مورد نیاز را دریافت می کند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹. آیا در حال حاضر، در خانواده کسی زندانی یا در مرخصی از زندان است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه کسی؟ خود فرد <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> برادر / خواهر <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰. آیا فرد زندانی سرپرست خانوار است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
زن متأهل بالای ۱۵ سال مراجعه کرده / ارجاع شده مشکوک به کدامیک از موارد زیر است؟	سوء رفتار جسمی <input type="checkbox"/> سوء رفتار جنسی <input type="checkbox"/> صدمه حین بارداری <input type="checkbox"/> پمراقبت ناکافی <input type="checkbox"/> اهمال کاری از نظر مراقبت های پزشکی <input type="checkbox"/> در حال حاضر برای ادامه زندگی مراجع خطر جانی یا آسیب وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
کودک مراجعه کرده / ارجاع شده مشکوک به کدامیک از موارد زیر است؟	سوء رفتار جسمی <input type="checkbox"/> سوء رفتار جنسی <input type="checkbox"/> صدمه حین بارداری <input type="checkbox"/> پمراقبت ناکافی <input type="checkbox"/> اهمال کاری از نظر مراقبت های پزشکی <input type="checkbox"/> در حال حاضر برای ادامه زندگی کودک خطر جانی یا آسیب وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
سالمند مراجعه کرده / ارجاع شده مشکوک به کدامیک از موارد زیر است؟	سوء رفتار جسمی <input type="checkbox"/> سوء رفتار جنسی <input type="checkbox"/> صدمه حین بارداری <input type="checkbox"/> پمراقبت ناکافی <input type="checkbox"/> اهمال کاری از نظر مراقبت های پزشکی <input type="checkbox"/> در حال حاضر برای ادامه زندگی سالمند خطر جانی یا آسیب وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
در حال حاضر، آیا افراد مورد آزار قرار گرفته تمایل دارند که به طور موقت در خانه امن مستقر شوند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
ارزیابی نهایی و برنامه	آیا مراجع تمایل دارد از خدمات ارائه شده در مرکز استفاده نماید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	مراجع ترجیح می دهد از چه خدماتی استفاده کند؟ فردی <input type="checkbox"/> گروهی <input type="checkbox"/> خدمات اجتماعی <input type="checkbox"/> اقدام ترجیحی کارشناس سلامت روان؛ ارجاع به پزشک <input type="checkbox"/> توانمند سازی فردی <input type="checkbox"/> توانمند سازی گروهی <input type="checkbox"/> توانمند سازی اجتماعی <input type="checkbox"/>

گزارش اجمالی مداخلات انجام شده:

تاریخ تکمیل: .....

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس سلامت روان و رفتار: .....

